Les Exacerbations de Broncho Pneumopathie Chronique Obstructive

Dr F.ADILA
Service De Pneumologie HCA
Destiné aux étudiants de 4éme année de médecine

OBJECTIFS

- 1. Définir une exacerbation/décompensation de BPCO
- 2. Poser le diagnostic positif et du diagnostic différentiel
- 3. Reconnaitre le lieu de traitement
- 4. Savoir rechercher les facteurs étiologiques
- 5. Traiter et prévenir une exacerbation de BPCO



- Définition
- Intérêt de la question
- Diagnostic positif
- Facteurs étiologiques
- Diagnostic différentiel
- Prise en charge thérapeutique
- Prévention
- Conclusion

Définitions

- **BPCO à l'état stable:** inflammation chronique+ obstruction bronchique + déclin exagéré du VEMS lentement progressif
- **Exacerbation:** un évènement aigu avec aggravation des symptômes respiratoires durables (> 2 jours) au-delà des variations habituelles et imposant une modification du traitement.
- légères, modérées ou sévères selon qu'elles s'accompagnent ou non de signes de gravité et qu'elles mettent en jeu ou non le pronostic vital.
- Décompensation : exacerbation + signes d' IRA

Intérêt de la question

- **Motif fréquent** de consultation en urgence
- **Diagnostic:**
  pose le problème de diagnostic différentiel surtout chez le sujet âgé avec des comorbidités
- **Pronostic :**
  Accélère le déclin du VEMS; altère la qualité de vie et augmente la mortalité

Diagnostic positif

1. Malade connu BPCO : le diagnostic d'exacerbation repose sur la majoration des symptômes : la dyspnée, la toux et/ou l'expectoration(les critères d'ANTHONISEN)

NB: l'existence des râles bronchiques à l'auscultation est en faveur de l'exacerbation .

2. Malade méconnu : l'exacerbation peut-être inaugurale, et parfois sévère d'emblée. La stratégie diagnostique est alors celle d'une détresse respiratoire aiguë

Sévérité d'une exacerbation (le recours aux soins)

- légère : Modification des doses du traitement habituel par le malade lui même « autogestion»
- modérée : la nécessité d'une assistance médicale (consultations auprès du médecin et/ou prise d'antibiothérapie/corticothérapie orale)
- sévère : si la détérioration est majeure ou rapide et nécessite l'hospitalisation.

Signes de gravité immédiate

Troubles ventilatoire :

- dyspnée de repos, FR > 30/min.
- cyanose, SpO2 < 90 %,
- Signes de lutte, respiration abdominale paradoxale,
- toux inefficace .

Troubles cardiovasculaires :

- tachycardie > 110/min,
- troubles du rythme,
- hypotension, TAS< 90 mm Hg ou TAD < 60mmHg
- marbrures, œdèmes des membres inférieurs ;

Troubles neurologiques : agitation, confusion, obnubilation, coma, Astérix.

Les critères d’hospitalisation des exacerbations de BPCO:

- Signes de gravité immédiate
- Absence de réponse au traitement médical initial
- Incertitude diagnostique
- Absence de soutien à domicile
- Comorbidités : cardiovasculaire, alcoolisme, hépatopathie

Exploration

1. **Exacerbation légère :** aucune exploration para clinique n'est justifiée.
2. **Exacerbation modérée à sévère :** les examens complémentaires ont pour but :

- d'apprécier la gravité de l'exacerbation (gaz du sang à la recherche d'une acidose respiratoire décompensée)
- de permettre un diagnostic différentiel : pneumonie aigue infectieuse; Epanchement pleural (imagerie thoracique), oedème pulmonaire cardiogénique (echocardio ; dosage du BNP)........................
- de surveiller l'évolution immédiate chez le patient hospitalisé

Facteurs étiologiques

1. Origine infectieuse: +++++/ virale, bactérienne, ou mixte:

- Le principal argument en faveur d'une infection bactérienne est la purulence (coloration verdâtre) récente ou majorée de l'expectoration.
- Les bactéries les plus souvent en cause sont: *Haemophilus influenzae, Streptococcus pneumoniae et Moraxella catarrhalis.*

2. Cause environnementale: pollution ou changement climatique
3. Interruption du traitement du fond
4. Parfois non identifiée.

Diagnostic différentiel

- Pneumonie
- Pneumothorax
- Pleurésie
- Embolie pulmonaire
- Insuffisance cardiaque gauche (IDM /OAP)
- Trouble de rythme cardiaque
- Cancer bronchique
- Prise médicamenteuse : opiacés / sédatifs
- Traumatisme thoracique

NB: En aigu, les co-morbidités peuvent représenter des difficultés de diagnostic différentiel avec l'exacerbation

Prise en charge thérapeutique

But :- sauver le malade (exacerbation sévère)
- rétablir une fonction respiratoire optimale
- traitement étiologique

Moyens et indications:

1 . Bronchodilatateurs:

- Les bêta2 agonistes à courte durée d'action seront administrés en 1ère intention, seuls ou associés aux anti cholinergiques.
- On privilège la voie inhalée : aérosol à domicile , nébuliseur à l'hopital

2. Antibiotiques (ATB) :

- Stade I et II de GOLD(absence de dyspnée) : pas d'antibiotique
- Stade III (dyspnée d'effort): ATB uniquement si expectoration franchement purulente (verdâtre) = amoxicilline ou macrolide
- Stade IV (dyspnée au moindre effort): ATB systématique = amoxicilline- Ac clavulanique ou C 3G

- Le traitement, réévalué au plus tard à J3, est prescrit pour une durée de 7 jours.

3 . Corticothérapie systémique:

- A domicile: elle n'est pas indiquée dans le cas général, y compris en présence de râles sibilants à l'auscultation.

  Elle sera envisagée en 2ème intention en l'absence d'amélioration après 48 heures de traitement.

- Chez les malades hospitalisés:

  Elle doit être conduite à dose de 0,5 mg/kg/j, (30-40 mg de prednisone/j et per os) et sur une durée courte (une semaine).

4. Oxygénothérapie:

- Systématique en hospitalisation
- Le débit d'oxygène est augmenté progressivement afin d'obtenir une saturation pulsée en oxygène (SpO2) cible comprise entre 88 et 92%.(+/- une gazométrie artérielle)

5 . Prévention de la maladie thrombo-embolique:

chez les malades hospitalisés (HBPM-lovenox- à dose préventive en l'absence d'insuffisance rénale sévère)

6.Ventilation mécanique:

6.1: ventilation non invasive(VNI): en cas d'acidose respiratoire non ou partiellement compensée (pH < 7,35). elle permet :

- de diminuer le recours à la ventilation endo trachéale
- de diminuer la durée de séjour en réanimation,.....

6.2: Une intubation et une ventilation endo-trachéale :

En présence de contre indication à la VNI (Agitation, absence de coopération pour l'utilisation d'un masque faciale); échec de VNI ou la nécessité d'intubation immédiate (coma, choc , Arrêt cardiorespiratoire ......

Surveillance :

- Dans l'immédiat : l'efficacité thérapeutique avec un retour à l'état de base et l'amélioration des symptômes
- A distance de l'épisode : Une consultation du médecin traitant est conseillée dans le mois suivant une exacerbation pour réévaluation clinique et fonctionnelle

Prévention

- La première mesure de prévention est l'arrêt du tabac
- Un traitement de fond en fonction de la sévérité de la maladie
- Une éducation doit être apportée sur la reconnaissance et la prise en charge des exacerbations ultérieures.
- La vaccination : antigrippal chaque an et anti pneumococcique chaque 05 ans (sujet plus de 65ans et BPCO au stade sévère)
- Réhabilitation précoce en post-hospitalier
- Maintien de l'activité physique

Conclusion

l'exacerbation de BPCO accélère le déclin du VEMS; altère la qualité de vie et augmente la mortalité

- Reconnaitre une exacerbation de BPCO et de la traitée est une priorité du praticien
- La prise en charge des exacerbations débute par la recherche de critères d'hospitalisation (les signes de gravité clinique) et de la cause .
- Le traitement des exacerbations est celui de la cause et des symptômes .
- Le pronostic vital et/ou fonctionnel est parfois engagé
- Le malade doit être éduquer pour reconnaitre l'exacerbation et sa prise en charge